

UE10 - Santé, Sociétés, Humanités

Pr Le Faou

Le 11/04/2019 de 13h30 à 15h30

Ronéotypeuse / Ronéoficheuse : Aurélie MAUPAS et Emilie WU

Cours 5 : Organisation du système de soins, structures et établissements de santé en France (2ème partie)

AM : Assurance Maladie

HAD : Hospitalisation à domicile

La professeure a continué et terminé son cours précédent et a donné beaucoup d'exemples à l'oral, qui représentent essentiellement des aides à la compréhension.

Points importants du cours :

- 1) Le système conventionné du secteur ambulatoire et l'évolution de la rémunération*
- 2) La différence privé / public, lucratif / non lucratif*

La professeure a accepté de relire la ronéo et a précisé qu'elle mettrait sur Moodle la diapo du cours en fonction de ce qu'elle a traité avec nous en amphi. En effet, elle n'a pas pu projeter sa diapo actualisée en cours car cela ne fonctionnait pas. Mail du professeur : anne-laurence.lefaou@aphp.fr

Sommaire

I. Généralités

II. Les professionnels de santé

1) Types de professions

2) Densité et évolution

III/ Le secteur ambulatoire

1 – Définitions et acteurs

2 – Système libéral et conventionnel

3 – Parcours de soins et médecin traitant

a) Exemples de remboursement

b) Evolution de la rémunération

IV/ Les établissements de santé

1 – Typologie des établissements

a) Etablissements de santé publics

b) Etablissements de santé privés

c) ESPIC

d) Les établissements médico-sociaux

e) Grands types de prise en charge

f) Les autres types de prise en charge

g) Quelques chiffres

2 – Financement des établissements

a) Evolution du mode de financement

b) Le PMSI, outil de la T2A

V/ Conclusion

VI/ QCMs

Parties traitées lors du cours précédent

III/ Le secteur ambulatoire

III/ 3 – Parcours de soins et médecin traitant

a) Exemples de remboursement

Médecin consulté		Tarif	Base du remboursement	Montant remboursé (après déduction du forfait de 1 €)
Généraliste	Secteur 1	25 €	25 €	16,50 €
	Secteur 1 <i>(consultation complexe)</i>	46 €	46 €	31,20 €
	Secteur 1 <i>(consultation très complexe)</i>	60 €	60 €	41,00 €
	Adhérent au contrat d'accès aux soins	Honoraires avec dépassement maîtrisé	25 €	16,50 €
	Secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,10 €
Spécialiste	Secteur 1	25 €	25 €	16,50 €
	Secteur 1 <i>(consultation complexe)</i>	46 €	46 €	31,20 €
	Secteur 1 <i>(consultation très complexe)</i>	60 €	60 €	41,00 €
	Adhérent au contrat d'accès aux soins	Honoraires avec dépassement maîtrisé	25 €	16,50 €
	Secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,10 €

Il existe **différents secteurs** pour les médecins généralistes :

- **Secteur 1** : appliquent le tarif de l'Assurance Maladie, permettant le remboursement maximal par l'AM. Le tarif et la base du remboursement sont de 25€, le montant remboursé est de 16,50€. La personne a une mutuelle qui permet de rembourser le ticket modérateur (moins le 1€ de franchise, qui n'est jamais remboursé).
- **Secteur 2** : honoraires libres. La base du remboursement est de 23€, la personne va payer de sa poche ou par sa mutuelle les éventuels dépassements d'honoraires.

De même, il existe différents secteurs pour les spécialistes.

b) Evolution de la rémunération

Il existe des **consultations spéciales**, plus chères qu'une consultation classique chez un médecin en secteur 1. Ces différents tarifs ont pour but d'**améliorer la prise en charge** et de **mieux rémunérer le temps des médecins**.

- **Consultation complexe** : s'adresse à des problématiques de santé publique, définies par la convention médicale. Elle autorise le médecin à demander plus d'argent que pour une consultation classique en secteur 1. Le tarif est de 46€, et l'AM s'engage sur ces 46€ : ce n'est pas un dépassement d'honoraires.
Par exemple, une première demande de contraception chez une jeune fille entre 15 et 18 ans.
- **Consultation très complexe** : tarif de 60€.
Par exemple, l'annonce d'une maladie neuro-dégénérative ou d'un cancer qui demandera plus de temps qu'une consultation classique (explication du retentissement de la maladie, d'un éventuel impact sur l'espérance de vie...).
- **Contrat d'accès aux soins** : dépassement d'honoraires maîtrisé.

Le but est d'éviter que l'accès aux soins soit freiné par les dépassements d'honoraires. Ceux-ci sont très fréquents dans les grandes villes.

On a une **évolution des modes de rémunération** des médecins dans le système conventionnel : des suppléments en plus du paiement à l'acte. La part du financement à l'acte est encore dominante, mais la **part du forfait** est de + en + importante. Le but est d'habituer les médecins à recevoir une part fixe dans leur rémunération.

Il existe des forfaits pour accéder aux soins, par exemple :

- **Contrat d'accès aux soins**
- **Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)** : donner de l'argent supplémentaire en fonction de la réalisation des objectifs de santé publique. Les médecins reçoivent un certain nombre de points lorsqu'ils réalisent un objectif, et chaque point vaut 7€.
Par exemple, les objectifs peuvent être la vaccination contre la grippe des personnes âgées de + de 65 ans, la prise en charge correcte des patients diabétiques (mesure 2 fois/an de l'Hb glyquée), le suivi d'une HTA, la lutte contre l'antibiorésistance, des conseils pour l'arrêt du tabac ou la modération de la consommation d'alcool.
Depuis 2016, il existe des recommandations pour les médecins traitants de l'enfant (généralistes et pédiatres), comme par exemple la vaccination, la lutte contre le surpoids et l'obésité, le dépistage des troubles sensoriels, des troubles de l'apprentissage, des troubles du comportement.
A partir d'un système où les généralistes étaient principalement concernés, le système s'étend à d'autres spécialités : *pour les cardiologues : surveillance des médicaments (notamment anticoagulants), pour les endocrinologues : surveillance du diabète, modalités de surveillance et de traitement des affections thyroïdiennes.*

Dans les années 2010, environ 6 % de toute la rémunération était liée à des forfaits. En 2016 : on est à 13 %, cela a doublé et montre une tendance qui est recherchée → un changement / une modification des financements des professionnels de santé de ville pour les inciter à **mener des actions de Santé Publique**.

A RETENIR – SECTEUR AMBULATOIRE

- Initialement, on avait un système **libéral**, avec le principe de liberté d'installation, la liberté de prescription, le paiement direct des médecins par les patients, l'entente sur le montant des honoraires (*complété plus tard par le secret médical*)
- Un système **conventionné** (entre les syndicats de médecins et l'Assurance Maladie) : selon les secteurs (1/2), différence de tarifs (complexes/ très complexes), allègement des cotisations sociales
- Evolution des modes de rémunération pour **diminuer les taux de dépassements d'honoraires** et **améliorer la qualité des soins**
- Nouvelle convention 2016

IV/ Les établissements de santé

Rappels sur l'ambulatorie : venir consulter à l'hôpital et repartir, faire de la chirurgie le matin et repartir chez soi à la fin de la journée.

/^ Différent des **établissements de santé** : lieux où sont assurés les soins et l'hébergement des patients

→ On a des modifications de la définition des établissements de santé par la loi HPST :

- Ils « assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile »

1 – Typologie des établissements

Les établissements de santé sont classés en fonction de :

- **Statut** : public / privé (*hôpitaux privés à but lucratif qui font du profit et des hôpitaux publics à but non lucratif qui n'en font pas*)
Différences entre public & privé = étendue des missions, modalités de fonctionnement, équipements, type de clientèle, mode de rémunération. *On différencie également le public et le privé à but non lucratif qui ont presque les mêmes financements.*
- **Type de prises en charge**

Précision de la professeure à l'oral :

La rémunération :

- des cliniques par l'activité
- des hôpitaux par l'activité et aussi par les missions d'intérêt général (activités transversales : urgences, services qui sert dans d'autres services...)
- des CHU par la recherche et les innovations

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2016

	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Secteur public	1 376	250 104	42 271
CHR/CHU	178	72 169	10 361
CH, dont anciens hôpitaux locaux	955	143 841	16 775
CH spécialisés en psychiatrie	97	24 930	14 675
Autres établissements publics	146	9 164	460
Secteur privé non lucratif	686	56 994	13 716
CLCC ¹	21	2 727	709
Autres établissements à but non lucratif	665	54 267	13 007
Secteur privé à but lucratif	1 003	97 150	18 659
Établissements de soins de SSR	349	29 039	3 280
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	501	54 403	13 735
Établissements de lutte contre les maladies mentales	145	13 386	1 574
Établissements de SLD	6	303	35
Autres	2	19	35
Ensemble	3 065	404 248	74 646

a) Établissements de santé publics

Les **missions** des établissements de santé publics sont définies par le **code de la Santé Publique**.

Avant la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoire), les différents types d'établissements PUBLICS étaient classés en :

- **CHU** (Centre Hospitalier Universitaire) : CHR ayant une triple mission → soins, enseignement, recherche.
- **CHR** (Centre Hospitalier Régional) : matériel de haute technicité, soins sophistiqués (greffes, soins aux grands brûlés, neurochirurgie).
- **CH** (Centre Hospitalier). *Par exemple : Arpajon, Aulnay-sous-Bois, Pontoise.*
- **Hôpitaux locaux** : lits destinés à la pratique médicale de proximité. Pas de plateau technique, médecins du secteur ambulatoire payés à l'acte. Parfois, ces hôpitaux sont en convention avec des CH (plus équipés).

Il est question qu'un certain nombre de ces hôpitaux puissent être dévolus à la pratique médicale de ville et que l'on engage des médecins qui travailleraient à mi-temps dans des cabinets et dans ces hôpitaux.

- **Autres établissements** : services de santé des armées (*hôpital Begin, hôpital Percy à Clamart*), établissements sanitaires des prisons, centres de post-cure.

Depuis 2009 et la loi HPST, il y a une catégorie unique : tous ces hôpitaux s'appellent « **centres hospitaliers** ». Ils concentrent 65% des lits.

La professeure trouve que les 3 paragraphes suivants sont un peu compliqués. Il faut surtout comprendre la différence entre public/privé, but lucratif/ non lucratif, aigu/réadaptation/longue durée.

Le **ressort** des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal (*Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil*), départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du DG de l'ARS dans les autres cas.

Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés **centre hospitaliers régionaux** ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche.

La **majeure partie des CHR sont aussi des CHU**, centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médicaux, pharmaceutiques et post-universitaires.

A l'avenir, tous les hôpitaux devraient pouvoir accueillir des étudiants, dont le nombre devrait augmenter.

Les missions du service public sont les suivantes :

1. Enseignement universitaire et post-universitaire
2. Formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
3. Recherche
4. Formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical
5. Actions de médecine préventive et d'éducation
6. Aide médicale urgente
7. Lutte contre l'exclusion sociale

En font partie également : les soins dispensés aux détenus, aux personnes retenues en application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers, aux personnes détenues dans les centres socio-médico-judiciaires.

La loi HPST a ajouté 4 missions :

- ⇒ Permanence des soins
- ⇒ Prise en charge des soins palliatifs
- ⇒ Actions de santé publique
- ⇒ Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement → secteur psychiatrique

b) Etablissements de santé privés

Avant la loi HPST, ils étaient classés en :

- 1) **Non lucratifs PSPH** (participant au service public hospitalier) : environ 10% des lits.
- 2) **Non lucratifs non PSPH** : environ 5% des lits.

Ces deux catégories dépendent d'associations ou d'organismes sociaux. Après la loi HSPT, ils sont appelés ESPIC (Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif). *On peut citer la Fondation Rothschild, Hôpital des Quinze-Vingts, Institut Curie (CLCC : centre de lutte contre le cancer) → axé sur la recherche*

- 3) **Lucratifs** : à caractère commercial. Environ 20% des lits. Ils pratiquent les soins aigus, la chirurgie. Ils appartiennent à des particuliers ou à des sociétés. Ce sont principalement des services de chirurgie, de gynéco-obstétrique, mais certains services sont rares comme le service des urgences

c) ESPIC

Les ESPIC sont les **centres de lutte contre le cancer (CLCC)** ou les **établissements de santé privés gérés par des organismes non lucratifs** qui en font la déclaration auprès de l'Agence Régionale de Santé.

Paragraphe peu développé par la professeure : Attribution des missions de service public sur la base du volontariat et en fonction des besoins de la population (SROS). Mais droit pour l'ARS d'imposer une mission de service public s'il y a une carence sur un territoire de santé → Conclusion d'un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) entre l'ARS et l'établissement.

Obligations = doivent suivre les **4 principes fondamentaux du « service public hospitalier »** :

- Egalité = garantir l'égal accès à des soins de qualité à tous les patients
- Continuité = permettre la permanence des soins (continuité du suivi même après la sortie)
- Mutabilité du service public = adaptation aux besoins et circonstances
- Neutralité = ne pas faire état de ses convictions religieuses

Partage du champ selon :	Etablissements de santé (1)	
la catégorie d'établissement	Etablissements publics de santé (2)	
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Centres hospitaliers généraux (CH)
	Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	Hôpitaux locaux (HL)
	Autres établissements (5)	
	Etablissements de santé privés (3)	
	Etablissements antérieurement financés par dotation globale	Autres établissements privés (4)
	Etablissements de soins de courte durée	
	Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	
	Etablissements de lutte contre les maladies mentales (6)	
	Etablissements de soins de suite et de réadaptation (7)	
Etablissements de soins de longue durée		
Etablissements d'hospitalisation à domicile		
Etablissements de dialyse		
Etablissements de radiothérapie		
le statut	Secteur public	
	Secteur privé	
	Participant au service public hospitalier (PSPH)	Non PSPH
	Secteur non lucratif	Secteur lucratif

d) Les établissements médico-sociaux

La gestion de l'offre est passée sous la responsabilité des ARS (décloisonnement des secteurs médical & médico-social).

Ce sont des **institutions sociales ou médico-sociales**. Ils regroupent tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal et d'une manière permanente :

- mènent des **actions à caractère social ou médico-social** (information, prévention, dépistage, orientation, soutien, maintien à domicile)

- **accueillent, hébergent/placent** dans des familles, des mineurs/ adultes qui requièrent une protection particulière, des jeunes travailleurs, des personnes âgées

- assurent l'éducation spéciale, l'adaptation ou la réadaptation professionnelle ou l'aide par le travail aux **personnes mineures ou adultes, handicapées ou inadaptées**

Leur principale mission est d'aider les personnes dites « fragiles » (personnes précaires, exclues, handicapées, âgées)

Champ de l'établissement	Nom de l'établissement
Aide sociale à l'enfance	Maison d'enfants à caractère social (MECS)
Enfance handicapée et inadaptée	Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), instituts médico-éducatifs (IME), instituts médico-pédagogiques (IMP), instituts de rééducation (ITEP), services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)
Enfance handicapée (0-6ans)	Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
Protection judiciaire de la jeunesse	Centres et foyers d'action éducative (CAE et FAE), service éducatifs auprès du tribunal (EAT)
Handicap mental ou physique, adultes	Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT, anciens CAT)
	Centres de rééducation professionnelle, Centre d'orientation professionnelle
Personnes âgées	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendants (EHPAD)
	Foyers-logements, maison de retraite
	Service de soins infirmiers à domicile
	Services de soins, d'aide et d'accompagnement
	Services d'aide à domicile
Handicap mental, polyhandicap, adultes	Foyers d'accueil ou occupationnels
	Foyers d'accueil médicalisés, Services de soins, d'aide et d'accompagnement
	Service d'auxiliaires de vie
Personne sans domicile, en errance	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centres d'aide pour la vie active, accueils de jour, veille sociale (SAMU sociaux, équipes mobiles...)
Traitement des addictions	Centres d'accueil pour toxicomanes
	Centres d'accueil pour alcooliques, Appartements de coordination thérapeutique
Autres hébergements	Foyers de jeunes travailleurs (FJT)
Centres de ressources	Centres de ressources : handicap rare, autisme, traumatisme crânien, maladie d'Alzheimer, autres (centres locaux d'information et de coordination...)

Sur cette diapo, les sigles suivants sont à connaître ++ : **IME, SESSAD, ESAT, EHPAD, SAMU social**

Précision de la prof à l'oral : CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

e) Grands types de prise en charge

Autre classification des établissements de santé : par type de prise en charge :

- **MCO** : Médecine – Chirurgie – Obstétrique (« court séjour »)
- **SSR** : Soins de Suite et Réadaptation (« moyen séjour »). Assurent la continuité des soins après la phase aiguë → traitements nécessaires à la réadaptation (post AVC, infarctus, gériatrie...).
- **SLD** : Soins de Longue Durée (« long séjour »). Hébergement des personnes dépendantes, qui ont perdu leur autonomie → surveillance médicale constante, traitement d'entretien.
- **Psychiatrie**
- **Etablissements mixtes** (ex : MCO + SSR)

f) Les autres types de prise en charge

Hospitalisation « traditionnelle » = complète. L'évolution des technologies et des pratiques médicales permet la **mise en place de nouvelles formes de prise en charge** :

- **Hospitalisation partielle** : hospitalisations de jour (HDJ) ou de nuit (HDN). Permet l'accueil pour des soins et des suivis thérapeutiques.

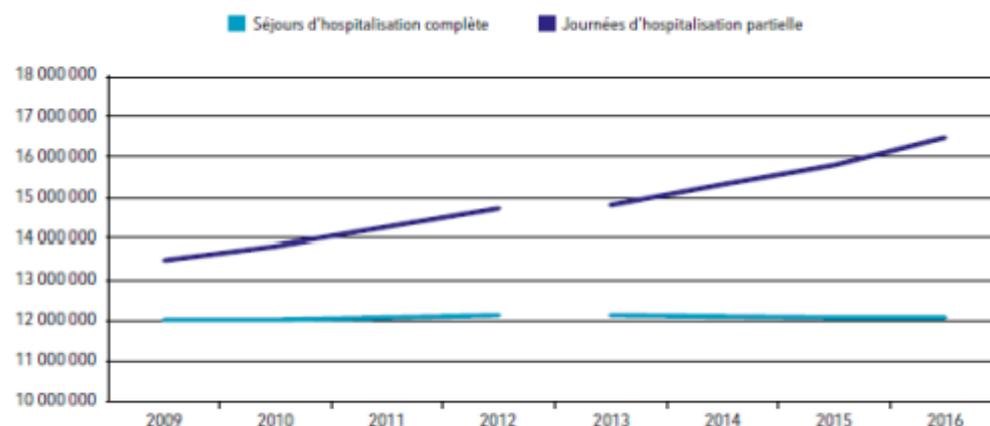
Développement de la chirurgie ambulatoire ces dernières années (HDJ). Développement en matière de lutte contre les maladies mentales (HDN). *Par exemple, certaines personnes préfèrent avoir une chimiothérapie ou une dialyse de nuit.*

- **Hospitalisation à domicile (HAD) :** 9 000 places actuellement (presque multiplié par 2 depuis 2005).

g) Quelques chiffres

- **Quelques chiffres d'activité**

Graphique 2 Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées)



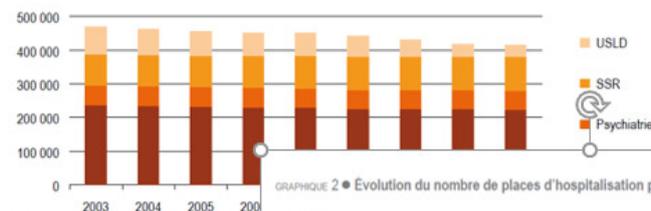
Champ > Hospitalisations en MCO, SSR et psychiatrie en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy, et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2009-2016 ; ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

→ Le nombre de séjours d'hospitalisation complète ne varie pas, tandis que le nombre de séjours d'hospitalisation partielle augmente depuis 2009.

Quel que soit l'établissement de santé, 70 à 75% des dépenses sont liées à l'emploi de personnel. L'augmentation des hospitalisations de jour permet de ne pas avoir plusieurs équipes à payer pendant 24h, de ne pas payer des médecins de garde → restructurations visant à contenir les dépenses de personnel.

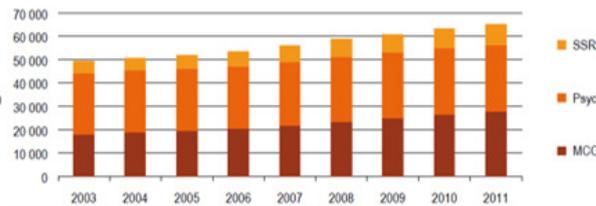
- **Evolution du nombre de lit**

GRAPHIQUE 1 • Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète entre 2003 et 2011



Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte.
Sources • DREES, SAE 2003-2011 traitements DREES

GRAPHIQUE 2 • Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle entre 2003 et 2011



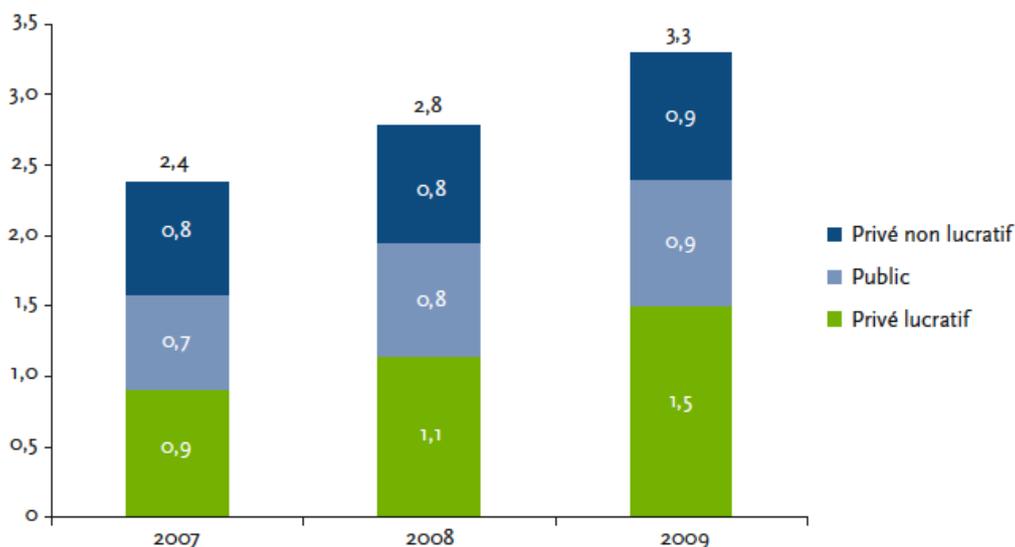
Champ • France métropolitaine et DOM hors Mayotte, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2003-2011 traitements DREES.

Sources: DREES - Le panorama des établissements de santé, édition 2013
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013.pdf>

→ Entre 2003 et 2011, baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète. Dans le même temps, augmentation du nombre de lits d'hospitalisation partielle (surtout en psychiatrie).

- **Evolution de l'offre HAD**

Le nombre de journées d'hospitalisations à domicile (HAD) (en millions)

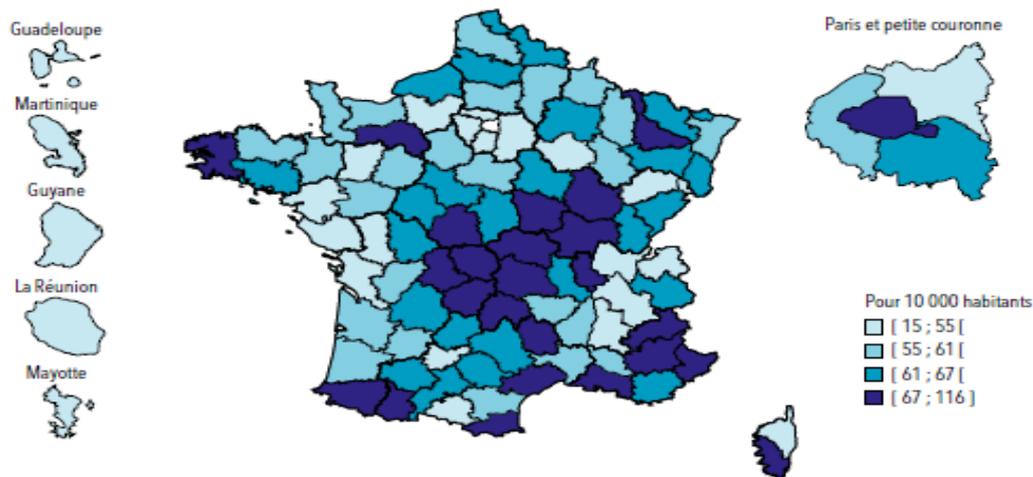


Source : DREES/SAE 2006-2008 / Données administratives

→ Hôpital à domicile : nombre de journées d'hospitalisation multiplié par 2 depuis 2006.

- **La densité des lits hospitaliers**

Carte 1 Densité de lits en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR) et soins de longue durée (SLD).

Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2016.

→ Il y a divers établissements de santé (à Paris, on a beaucoup de cliniques) : par exemple, on en a beaucoup en Bretagne et dans le Centre, de tous types

A RETENIR – ETABLISSEMENTS DE SANTE

- Les différents types d'établissements de santé :
 - Public/privé
 - Privé lucratif/privé non lucratif
 - MCO
 - Soins aigus, soins de suite, soins de longue durée
- Evolution des prises en charge au profit d'une augmentation des hospitalisations partielles et de l'HAD.

Dans les réformes à venir, pour décloisonner les hôpitaux et la médecine de ville, financement par forfaits. *Par exemple, pour le diabète (2019) : montant donné chaque année pour le traitement des diabétiques à se partager entre la médecine de ville et l'hôpital. Pour éviter que les médecins de ville envoient systématiquement les patients à l'hôpital ou que l'hôpital fasse sortir prématurément les patients instables vers la médecine de ville qui ne peut pas bien les prendre en charge. Pour l'insuffisance rénale chronique (2019) : financement forfaitisé.*

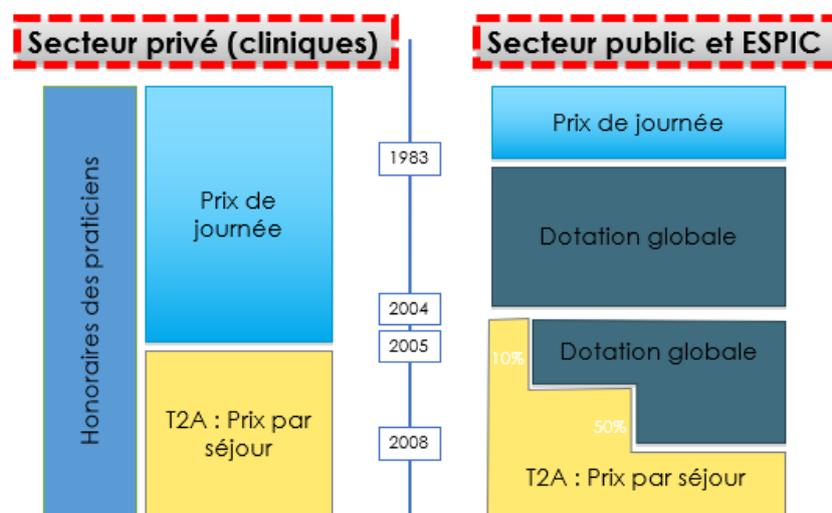
A l'avenir, financement à l'activité des hôpitaux modulé par une part forfaitaire → obliger les secteurs cloisonnés à se décloisonner.

Un forfait pour les urgences est également prévu. Si un patient dont l'état n'est pas une urgence vitale nécessitant une hospitalisation se présente aux urgences, le service doit prendre contact avec le médecin traitant, avec une maison de santé pluridisciplinaire ou avec des hôpitaux plus petits pour assurer son suivi. S'il y a la preuve qu'un suivi, qu'un rendez-vous, qu'une information a été mise en place, le service des urgences recevra un financement supplémentaire.

De même, un médecin traitant qui accepte de recevoir un patient ayant appelé le SAMU dans les 48h pourra facturer plus (15€ en plus) pour essayer de « désengorger » et éviter que le SAMU redirige le patient vers les urgences.

2 – Financement des établissements

a) Evolution du mode de financement (la prof est passée rapidement)



(diapo non commentée par la prof)

/!\ Avec la **tarification à l'activité** : les hôpitaux ont multiplié leurs activités (*pour gagner davantage d'argent*), mais cela n'a pas fonctionné car quand on fait sortir des patients rapidement, cela peut entraîner des complications et ils peuvent ainsi revenir à l'hôpital : ce n'est pas avantageux ni d'un point de vue santé ni d'un point de vue économique).

Cela a conduit à un nombre important de patients en réadmission (c'est l'Assurance Maladie qui finance donc elle réexamine tous les cas de réadmission qui se sont déroulés dans un délai bref, et s'il y en a trop, les tarifs seront modifiés).

→ De nos jours, nous avons les forfaits, ensuite ce sera les épisodes de soins (*ex : dans le futur, si une personne fait une fracture, arrive aux urgences orthopédiques, puis bénéficie des soins de suite et de réadaptation* → cela induira un prix complet à se partager entre différents secteurs)

Dans tous les hôpitaux, il y a donc un **système de codage** (à partir de la **CIM : classification internationale des Maladies**) : on code absolument tout ce que l'on peut faire comme activités durant un séjour chez des groupes homogènes de patients (avec des niveaux de prise en charge, des pathologies, des ressources homogènes)

Plus l'hôpital/service fait d'activité plus il reçoit de financement (de la part de l'Assurance Maladie)

b) Le PMSI, outil de la T2A (*non traité en cours mais voici ce qu'on peut lire sur les diapos qui n'ont pas été commentées*)

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière fait «*obligation à tous les établissements hospitaliers de court séjour, publics ou privés, de procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité, et de mettre en œuvre des systèmes d'information tenant compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge*» → c'est la définition même du **programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)**

Au début : PMSI prévu pour l'analyse d'activité, puis évolution vers outil de tarification (2004)

Le principe : regrouper les séjours dans des **groupes homogènes de malades (GHM)** → 2600 racines de GHM différentes :

- pathologies et prise en charge homogènes
- mobilisant le même niveau de ressources

Il existe un codage des séjours à l'issue de chaque séjour selon des nomenclatures standardisées

- Pathologies : **CIM10** = Classification Internationale des Maladies, version 10
- Actes : **CCAM** = Classification Commune des Actes médicaux

V/ Conclusion

- Concernant la médecine hospitalière : le financement T2A (*oral : à l'activité*) évolue

- Concernant la médecine ambulatoire : le financement par l'acte évolue (*avec les rémunérations sur objectifs de Santé publique*)

Nous avons **deux budgets distincts** (budget hospitalier vs. budget de médecine de ville, tous 2 séparés dans l'ONDAM) et un **cloisonnement des deux secteurs de soins** (BUT : éviter que les patients soient rejetés d'un côté ou dans l'objectif de maximiser l'intérêt économique propre de chaque partie. *D'un côté, les hôpitaux qui font tourner l'activité et renvoient le patient chez lui et la médecine de ville qui ne le prend pas en charge en estimant que son cas devrait être traité aux urgences*)

VI/ QCMs

1. Concernant la protection sociale, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. L'assurance maladie fait partie de la protection sociale couverte.
- B. La couverture du chômage fait partie de la protection sociale.
- C. La contribution à la protection sociale est nécessaire pour en bénéficier.
- D. Les allocations familiales font partie de la protection sociale.
- E. Le RSA (revenu de solidarité active) fait partie de la protection sociale.

2. La protection sociale représente en France :

- A. 20 % du PIB.
- B. 30 % du PIB.
- C. 40 % du PIB.
- D. 50 % du PIB.
- E. 60 % du PIB.

3. Concernant le parcours de soins du médecin traitant :

- A. Il permet le remboursement maximum par l'Assurance Maladie.
- B. Il ne concerne pas les ophtalmologistes.
- C. Il rend obligatoire le passage par le médecin traitant.
- D. Il a conduit à une baisse des dépenses de médecins de ville.
- E. Il ne concerne pas les spécialistes.

Réponses :

QCM 1 : ABDE

QCM 2 : B

QCM 3 : AB

A ce PIMP et aux vacaances <3